

TL 44
y.1

CONSULTA EN SALA

Tesis

Musicoterapia e Identidad



Elisa Petroni - Ana Corrado

Universidad del Salvador
Facultad de Medicina
Licenciatura en Musicoterapia

Seminario de Investigación

Cátedra

Lic. Gabriela Wagner
Lic. Blanca Rizzo
Prof. Alberto Susco

Tesis: Musicoterapia e Identidad



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Autoras

Elisa Petroni
Ana Corrado

Marzo 2002

"Pero en realidad ningún yo, ni siquiera el más ingenuo, es una unidad, sino un mundo altamente multiforme, un pequeño cielo de estrellas, un caos de formas, de gradaciones y de estados, de herencias y de posibilidades. Que cada uno individualmente se afane por tomar a este caos por una unidad y hable de su yo como si fuera un fenómeno simple, sólidamente conformado y delimitado claramente: esta ilusión natural a todo hombre (aún al mas elevado), parece ser una necesidad, una exigencia de la vida, lo mismo que el respirar y el comer".



Hermann Hesse

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

ÍNDICE GENERAL

Introducción	1
La institución	5
Reseña histórica	5
Organización interna	9
Musicoterapia en la institución	16
Pabellón Bosch	19
La enfermedad	22
La musicoterapia	36
La experiencia	39
El grupo musicoterapéutico	40
Análisis y síntesis	48
Conclusión	66
Apéndice	69
Bibliografía	146



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Introducción



INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación es el resultado del análisis y síntesis de nuestra experiencia como musicoterapeutas en el hospital Dr. Braulio Moyano, con un grupo de mujeres internadas en el Pabellón Bosch.

Nuestra intención fue enmarcar nuestra experiencia en un contexto de análisis y síntesis para desarrollar un cuerpo de ideas. Este cuerpo de ideas nos ofrecería la posibilidad de enriquecer nuestro trabajo profesional mediante una profunda reflexión y elaboración de los datos obtenidos durante el proceso realizado. De esta manera podríamos reposicionarnos como musicoterapeutas en forma mas profunda, respecto de las problemáticas actuales de la salud mental.

A partir de esta intención de análisis y síntesis, formulamos algunos supuestos que sirvieron de punto de partida de la investigación:

Existen dinámicas relacionales que se ponen en juego a lo largo de un proceso terapéutico. Estas dinámicas tienen una implicación y un sentido en el encuadre musicoterapéutico. Existe una relación entre las dinámicas y los procesos de cambio.

La metodología de análisis utilizada se denomina Investigación-Acción (I-A): es una forma de búsqueda autoreflexiva llevada a cabo por participantes en relaciones sociales para perfeccionar la lógica y la equidad de las propias prácticas sociales, la comprensión de estas prácticas y la situaciones en las que se efectúan estas prácticas. Se identifica este proceso con cuatro palabras: planificar, actuar, observar y reflexionar (Kemmis, 1988 citado en Rodríguez Gómez, Gil Flores, García Jiménez, 1999).

La experiencia sobre la que hacemos referencia tuvo lugar entre los meses de julio del 2001 y febrero del 2002. Estos son los ocho primeros meses de trabajo de una experiencia que durará un año (junio 2002).

Para realizar la investigación consideramos fundamental describir aspectos relevantes del proceso que organizamos en tres partes:

Primera parte:

Hace referencia a la institución, su historia, sus características y organización.

Segunda parte:

Alude a la "enfermedad", comprende algunos postulados teóricos que sostienen nuestra experiencia en el hospital y el análisis y síntesis de esta investigación.

Tercera parte:

Describimos la experiencia con el grupo musicoterapéutico. Desarrollamos el criterio de selección de las participantes del grupo, las características generales de las mismas y luego un análisis y síntesis del proceso.

Para desarrollar el análisis síntesis dividimos la experiencia en cinco instancias simbólicas que aluden a aspectos del proceso que nos parecieron fundamentales:

1. La desolación: Desarrolla el contexto en el cual trabajamos. El sentimiento que nos despierta el hospital. Como esto influye en nuestra tarea. El espacio de supervisión se transforma en una base continente para elaborar y dar sentido a lo que sucede en el devenir del proceso terapéutico.
2. La mantita: Describe y reflexiona sobre el encuadre y como fue variando acorde con el replanteo de los objetivos de cada etapa. El primero favorecía el despliegue de numerosos elementos difíciles de interpretar, dar cuenta y actuar en consecuencia. El segundo acotaba cada sesión al trabajo de aspectos "simples" y "recortados".
3. La valija: hace referencia a los objetos puestos en juego durante las sesiones o sea todo el material que nosotras llevábamos al hospital. Esto incluye los instrumentos musicales, papel, lápiz, fotografías, sahumero, mantel y otros objetos que

nos sirvieron como medio para desarrollar la temática de cada sesión. El nombre hace alusión concretamente a la valija en donde llevábamos todos los materiales anteriormente nombrados.

4. La silla: Reflexión sobre los referentes relacionales de las participantes y como estos se despliegan en el proceso. Las participantes toman algo propio, como es su silla del comedor, y lo llevan a la sesión. Ésta les permite tener una ubicación y una referencia en el territorio terapéutico. Al reflexionar sobre esta relación obtuvimos un panorama mas preciso de cómo posibilitar un marco terapéutico que se pueda utilizar como repertorio de acción.
5. La música: describe las características de nuestro recurso y las variables que se fueron generando en cada sesión y como éstas daban cuenta de lo que le pasaba a cada una de las participantes y al grupo en general. Y de como pasamos de una música indiferenciada a una en la cual pudimos dar cuenta, discriminar y tomar, los distintos elementos de la misma (como el pulso, el ritmo, la melodía) para trabajar.

Al finalizar esta tercera parte desarrollamos las conclusiones generales.

Posteriormente, en el apéndice, incluimos una selección de crónicas, gráficos, cuadros y fotos.

Bibliografía:

Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., García Jiménez, E. (1999)
Metodología De La Investigación Cualitativa. Aljibe, Málaga.

La institución



HISTORIA DEL HOSPITAL

El hospital Neuropsiquiátrico de mujeres "Braulio Moyano" fue inaugurado en el año 1854.

Fue el resultado de un largo proceso, en un período histórico en el que la locura estaba impregnada de mitos y prejuicios que la colocaban en un lugar de aislamiento y exclusión.

El Dr. Marchant, en su libro, hace referencia al trato que recibían los alienados hacia el año 1700. La asistencia se llevaba a cabo según la clase social de la persona. Así, si eran de familias adineradas eran reclusos en sus casas, en cambio si eran de condición humilde las opciones eran los conventos, en el caso de ser blancos y las cárceles del cabildo si eran de raza negra. Si los alienados no eran peligrosos se dedicaban a la mendicidad.

En una recopilación bibliográfica realizada por una enfermera del hospital, (Fernández, 2001) encontramos un dato importante que nos habla del trato que recibían las mujeres alienadas. Las mismas estaban recluidas en el Patio de Dementes del Hospital General de Mujeres creado por la hermandad de la santa Caridad en el año 1727 y también en la vieja cárcel de mujeres. Allí, el virrey Vértiz, estableció la Casa de Corrección y compartían el lugar ramera y insanas quienes debían con su trabajo solventar su manutención. Destaca también que en estos lugares no recibían ninguna clase de tratamiento especial.

En esa época las órdenes y hermandades religiosas trataban de ubicar espacios para contener esta problemática de "la locura".

Los Betleheimitas en 1748 estuvieron a cargo del primer manicomio, "hospital Santa Catalina" que albergaba dementes y enfermos mentales internados por el cabildo. Este hospital fue trasladado a un terreno, "La Residencia De Belén" que pertenecía a los jesuitas y que al ser expulsados estos, quedó en manos de los Betleheimitas. Así se convirtió en hospital general de hombres. En 1822 este hospital fue clausurado y todas las instalaciones pasaron a ser propiedad estatal y en la época de Rosas (1832) se instaló allí un cuartel "La Mazorca". Recién después de Caseros pueden llevarse a cabo los proyectos de hospicios que, en tiempos de Rivadavia, se habían empezado a pensar. (Fernández, Historia del Hospital Neuropsiquiátrico 2001).

En la época de Rivadavia se empezaron a pensar proyectos que contemplaban la atención de la salud mental. Los mismos solo pudieron concretarse hacia el año 1852, después de Caseros. Marchant (2000), sostiene que por decreto de la sociedad de Beneficencia se crea este hospital en el año 1852. Esta sociedad toma a su cargo la organización y administración de los distintos nosocomios de la época. La principal gestora de esta creación fue la Sra. Tomasa Velez Sarfield.

La concreción de esta idea fue el fruto de dos proyectos. En la recopilación bibliográfica de Fernández se describe el hecho de la siguiente manera:

La Sra. Tomasa Velez Sarfield, inspectora del hospital de mujeres, viendo el trato indigno que recibían las mujeres que padecían alteraciones mentales, solicito al gobierno autorización para crear una "casa correccional de mujeres" en el edificio que existía conocido como convalecencia. La Sociedad de Damas de Beneficencia ve claramente el límite entre el proyecto benefactor y el proyecto científico y solicita el asesoramiento de un médico ilustre en ciencia y apellido, el Dr. Ventura Bosch, quien elaborará un programa para un gran hospital, tomando el modelo de los hospitales franceses. Corría el año 1853 (Fernandez, 2001).

Fue inaugurado con 66 enfermeras, trasladadas del hospital de mujeres. Consta de 3 grandes patios bautizados con los nombres de los alienistas Pinel, Esquirol y del gobernador Obligado. El Dr. Ventura Bosch, presidente de la comisión filantrópica, fue quien llevó a cabo las mejoras del nuevo asilo y desempeño funciones como medio en forma gratuita. (Fernández, 2001).

En 1894 se confeccionan los planos del hospital con 28 edificios y capacidad para 1200 camas, que se inauguró el 31-07-1908. A fines de siglo poseía capacidad para 1712 mujeres internadas distribuidas de la siguiente forma

P. Charcot 108 camas	P. Lombroso: 260 camas
P. Griesinger: 56 camas	P. Eugia: 193 camas
P. Pinel: 160 camas	P. Bosch: 215 camas
P. Magnan: 260 camas	P. Conolly: 226 camas.
P. Esquirol: 234 camas	

La superficie total del hospital es de 17 hectáreas profusamente arboladas.

En 1901 se inauguró un laboratorio destinado a servicios prácticos e investigaciones científicas. También es este año se instalan anexo a la cocina, modernas maquinas para la fabricación de soda y limonada para consumo interno. Como también contaban con una fabrica de hielo

El pabellón Charcot, era un servicio para pensionistas, con habitaciones privadas con antesala, destinado a mujeres internadas pudientes.

Fueron directores del hospital nacional de alienadas desde su fundación : Ventura Bosch, Euguia, Osvaldo, Piñero, Antonio, Manuel Podestá , José Estévez, Julio Nogues, Luis Esteves balado. Posteriormente ocuparon este cargo el Dr. Arizabalo, el Dr. borlenghi, el Dr. Acusse Ruiz, el Dr. Hambrona, el Dr. Guerra, la Dra. Rudi y actualmente desempeña el cargo el Dr. Nestor Feliciano Marchand. (Fernández,2001)

El nombre de Braulio Moyano fue en homenaje al brillante neuropatólogo y neuroanatomista argentino (1903-1959) nacido en San Luis quien dedicó su vida a la investigación y al trabajo dentro de las paredes de la institución. Moyano fue discípulo del Dr. Cristofredo Jacob. El estudio de ambos aportan importantes conocimientos de base pero no modifican la atención de los mujeres internadas.

Recién por el año 50 la farmacología permite reducir y calmar con eficiencia los cuadros de excitación y delirios. También las corrientes psicodinámicas surgentes en la época permiten tener un abordaje mas humano e integral de la persona enferma. (Marchant, 2000)

Por otro lado, en tanto y en cuanto la locura siempre ha estado asociado a la marginalidad y la indigencia, los vaivenes de la economía del país han ido variando las características del perfil de los mujeres internadas, incrementándose los problemas sociales como motivo de internación en los momentos de crisis y disminuyendo en los momentos de bonanza.

Esta población convierte al hospital en asilar y geriátrico. Esto perturba generalmente la organización y funcionamiento de la institución como hospital. (Marchant, 2000).

Actualmente, la atención del paciente psiquiátrico en el aspecto médico, psicológico y social, está a la altura de los conocimientos a nivel mundial. Lo que ha quedado relegado, en contraste con las gloriosas épocas de Jakob y Moyano, es la investigación neurobiológica, en tanto la ciencia actual requiere insumos y recursos económicos urgentes con los que el hospital no cuenta.(Marchant, 2000)

ORGANIZACIÓN INTERNA SERVICIOS¹

El hospital neuropsiquiátrico de mujeres Dr. Braulio Moyano ofrece una amplia diversidad de servicios.

Servicios Hospital Moyano	Agudos	<ul style="list-style-type: none"> Guardia Admisión Emergencia Terapia corto plazo Servicios ambulatorios Hospital de día Hospital de noche Consultorios externos
	Mediano plazo	Pabellón Magnan
	Largo Plazo de internación (pabellones)	<ul style="list-style-type: none"> Charcot Griesinger Pinel Esquirol Lombroso Eugie Bosch Conolly
	Departamento complementarios	<ul style="list-style-type: none"> Clínico-quirúrgicas Odontología Kinesiología Farmacia Laboratorio de Análisis Clínicos Diagnóstico por Imágenes Electroencefalo-grafía Mapeo Cerebral Anatomía Patológica.
	Servicio de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> Nivel central (club Bonanza y talleres) Nivel periférico (en cada servicio de internación)

Sector de Agudos

Servicio de Guardia

A través del Servicio de Guardia ingresan todas las internaciones en sus diferentes modalidades: autointernación, urgencia, policial y judicial.

Este Servicio cuenta con una sala de 8 camas y un plantel de 4 psiquiatras y un clínico. Atiende también las urgencias psiquiátricas extrahospitalarias durante las 24 horas, y las psiquiátricas y clínicas intrahospitalarias fuera del horario de actividad de los profesionales de planta.

En este servicio la consulta espontánea obtiene una orientación y un rápido accionar terapéutico, lo cual evita numerosas internaciones.

Servicio de Admisión

Al día siguiente de su ingreso el paciente es derivado al Servicio de Admisión. Este servicio actúa como receptáculo de todas las internaciones derivadas por la Guardia. Su accionar está condicionado por un tiempo de estadía de 15 días.

En él se realiza una adecuada evaluación de la patología de cada paciente, examen clínico, ginecológico y de laboratorio, para determinar su tratamiento en el mismo dentro del plazo previsto, o, la derivación más conveniente a sus necesidades terapéuticas.

Anualmente ingresan a este servicio 1200 mujeres internadas. Alrededor del 10% es dado de alta directamente y el resto es derivado a otras unidades de internación.

Servicio de Emergencia

El Servicio de Emergencia está programado para la atención del paciente agudo en un tiempo de internación máximo de 30 días. Recibe al paciente derivado del Servicio de Admisión, revisa y ajusta el diagnóstico, y a través de su equipo interdisciplinario establece un tratamiento intensivo psicofarmacológico y de terapia individual. Integra inmediatamente a la

¹ Información obtenida del Libro del Dr. Marchant (2000)

familia, observa las disfunciones grupales o vinculares e interviene sobre ellas con técnicas sistémicas.

Las personas que deben permanecer aquí tienen la posibilidad de recibir tratamiento musicoterapéutico ya que el servicio cuenta con un musicoterapeuta dentro de su plantel profesional estable.

Es su objetivo obtener una rápida remisión del cuadro que motivó la internación y devolver al paciente a su medio, comprometiendo al mismo y a su familia con la enfermedad y la continuidad de la terapia. Luego de su egreso, el paciente y su familia continúan tratamiento ambulatorio en el mismo servicio para luego, en plazo a estimar en cada caso, ser derivado en forma personalizada, al servicio de consultorios externos más próximo a su domicilio.

Este servicio cuenta con 14 camas, otorga un promedio de 120 altas anuales y atiende alrededor de 1.400 consultas externas en el mismo lapso.

Terapia de corto plazo

Recibe mujeres internadas derivadas del Servicio de Admisión cuya evaluación permite inferir que las causales de internación pueden remitir dentro del plazo establecido, y del Servicio de Emergencia, cuando el tiempo de internación en el mismo no fue suficiente para el egreso.

Terapia de corto plazo es un servicio de 30 camas, con un tiempo máximo de internación de 90 días.

En él se desarrolla una tarea multidisciplinaria, con un enfoque que incluye a la familia, ya sea durante el tratamiento del mismo o en las reuniones multifamiliares mensuales.

Este servicio cuenta con profesionales musicoterapeutas.

Servicio Ambulatorio

Forman parte de este servicio el hospital de día y el hospital de noche.

Ambos servicios están ubicados en un chalet de dos plantas ubicado a pocos metros de la entrada.